

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DU POUMON
consécutifs à la pneumonie et à la broncho-pneumonie

ABCÈS NE SE TERMINANT PAS PAR VOMIQUE ET ABCÈS JUXTA-SCISSURAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 25 avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri THOMAS DE LA PINTIÈRE

ANCIEN EXTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né à Montdauphin (Hautes-Alpes), le 7 décembre 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DU POUMON
consécutifs à la pneumonie et à la broncho-pneumonie

ABCÈS NE SE TERMINANT PAS PAR VOMIQUE ET ABCÈS JUXTA-SCISSURAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 25 avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri THOMAS DE LA PINTIÈRE

ANCIEN EXTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né à Montdauphin (Hautes-Alpes), le 7 décembre 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
COURMONT (J.)
LORTET

DOYEN.
ASSESEUR.
DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER

Professeurs

Cliniques médicales.	MM. { LÉPINE. { BONDET. { BARD. { PONCET. { JABOULAY. { FABRE. { ROLLET. { NICOLAS. { PIERRET. { WEILL. { POLLOSSON (A.) X. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique.	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale.	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie.	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIG,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SAMBUC.	REGAUD.	NEVEU-LEMAIRE.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	PATEL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	PLAUCHU, ch..
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	LÉPINE (J.), ch..
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	
BERARD.	TIXIER.	MOREL.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, président; PIC, assesseur;
SAMBUC et J. LÉPINE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Au moment de terminer nos études nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, par leurs enseignements, nous ont préparé à la carrière médicale.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

M. le professeur Soulier qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ;

M. le professeur agrégé Pic à l'obligeance duquel nous devons une observation inédite et des plus intéressantes ; c'est dans son service que nous fut donné le sujet de cette thèse ;

M. le D^r Bonnamour qui nous dirigea dans ce travail et n'épargna pour nous ni son temps ni ses conseils ;

Nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph :

MM. les D^{rs} Clément, médecin en chef ;

Goullioud, chirurgien en chef ;

Rafin, chirurgien-adjoint ;

Chaballier, médecin-adjoint ;

Pendant les deux années d'externat passées sous leur direction, nous avons pu apprécier la haute valeur de

leur enseignement clinique ; nous les prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous ne croyons pas déplacé d'adresser ici l'assurance de notre vive sympathie au petit groupe de camarades dévoués en compagnie desquels se sont écoulées nos années d'études ; par leur fréquentation quotidienne nous avons appris à connaître la valeur de leur amitié sincère ; c'est pourquoi nous souhaitons à tous bonheur et succès.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU POUMON

consécutifs à la pneumonie et à la broncho-pneumonie

ABCÈS NE SE TERMINANT PAS PAR VOMIQUE ET ABCÈS JUXTA-SCISSURAIRES

CHAPITRE PREMIER

Historique

Sous le nom de vomiques, les abcès du poumon étaient considérés dans les écrits hippocratiques comme une terminaison fréquente de la péripneumonie lorsque la résolution ne s'était pas produite au premier septennaire.

Cette opinion fut partagée par tous les auteurs jusqu'au commencement du xix^e siècle. Il est toutefois prouvé qu'il s'agissait ordinairement de cavernes tuberculeuses, de pleurésies enkystées ouvertes dans les bronches, soit encore de pneumonie caséuse ou de gangrène pulmonaire.

Baglivi (1696) est le premier auteur qui fasse mention de la pneumotomie dans le cas d'abcès du poumon. Elle a cependant, peut-être, été entrevue dans l'antiquité.

Van Swieten (1761) tout en acceptant les idées des anciens sur l'abcès du poumon indique les dates du quatorzième et du vingt-unième jour de la maladie comme étant celles qui correspondent habituellement à la formation du pus à la suite de la pneumonie et à son évacuation.

Pouteau (1783), dans ses œuvres posthumes, revenant sur la pneumotomie la donne comme utile, il parle de la nécessité de faire au sac purulent une ouverture « dans sa partie la plus basse ». Mais à ce moment encore, on ne faisait pas sciemment la pneumotomie et il s'agissait le plus souvent d'ouverture de pleurésies enkystées.

J. F. Frank à la fin du xviii^e siècle est le premier auteur qui proteste contre l'idée de la grande fréquence des abcès pulmonaires métapneumoniques. Il soutient qu'on prend souvent des pleurésies enkystées ou interlobaires pour des abcès du poumon.

Bayle et Cayol par leurs recherches anatomo-pathologiques vinrent plus tard confirmer les idées de Frank.

A partir de cette époque on a des notions plus précises sur cette affection et l'abcès du poumon est bien différencié au point de vue anatomique sinon au point de vue clinique.

Lallemand, en 1817, en rapporte quatre exemples cités dans le *Mémoire* de Patissier.

Honoré, en 1823, dans son *Mémoire* à l'Académie de médecine en rapporte un cas.

Laënnec (1826) ne rencontre que cinq ou six collec-

tions purulentes du poumon sur plusieurs centaines d'autopsies de péricneumonies, et encore, une fois seulement, le foyer purulent permettait l'introduction de trois doigts réunis.

Pour faire le diagnostic d'abcès du poumon cet auteur se base sur les signes cavitaires.

Chomel (1830) en vingt-cinq ans de pratique n'en a trouvé que trois cas.

C'est à cette époque que Kreiner pratiqua la première pneumotomie en toute connaissance de cause sur un abcès du poumon reconnu, mais son opération passa inaperçue.

Hourmann et Dechambre mentionnent l'abcès métapneumonique dans leur *Mémoire* sur les affections du poumon chez le vieillard.

Andral cite un cas d'abcès consécutif à une pneumonie.

Louis en rapporte un autre cas.

Grisolle dans son *Traité de la pneumonie* recherchant tous les cas bien authentiques n'a pu en réunir que vingt-neuf. Il fait ensuite une étude complète des lésions macroscopiques de l'abcès.

Trousseau contribue également à nous faire connaître à quels signes on peut, dans quelques cas, reconnaître cette lésion.

Traube établit un signe pathognomonique de la vomique pulmonaire.

Ce signe consiste dans la présence de débris de parenchyme pulmonaire dans le pus expectoré. Dans le cas d'abcès les débris pulmonaires contiennent un riche tissu élastique tandis que les débris contenus

dans l'expectoration de la gangrène pulmonaire sont friables. S'il s'agit de tuberculose le malade ne rejette pas dans ses crachats de débris visibles à l'œil nu.

Woillez, en 1866, est le premier auteur qui mentionne les abcès latents. Il divise, en effet, les abcès du poumon en abcès latents, abcès douteux et abcès certains, reconnaissant ainsi implicitement que la vomique n'apparaît pas fatalement dans tous les cas.

Mosler, en 1873, incisant une caverne du sommet du poumon attire enfin l'attention des chirurgiens sur la pneumotomie dont on a publié depuis de nombreuses observations.

Leyden, en 1877, rassemblant les connaissances antérieurement acquises nous montre l'abcès métapneumonique comme une affection rare, observée surtout à l'hôpital, confondue aisément avec de multiples affections du poumon ou des plèvres. Il montre, en outre, combien les signes cavitaires sont insuffisants et trompeurs.

Cet auteur admet qu'on devra soupçonner cette affection, dont le diagnostic est si difficile, dans les cas où le malade se présentera avec des symptômes de pneumonie aiguë qui arrive au septième ou neuvième jour sans défervescence. Si on constate au bout de quelques jours une recrudescence de la fièvre la suppression des crachats et ensuite une abondante expectoration purulente s'accompagnant de diminution des autres symptômes morbides, il y a de fortes présomptions en faveur d'un abcès pulmonaire.

L'expectoration de l'abcès est noirâtre avec des débris pulmonaires.

Cet auteur admet que la gangrène peut succéder à l'abcès franc ou se greffer sur lui.

Cornil et Ranvier, Ménétrier dans sa thèse, Cornil et Babès, Patella donnent des notions du plus haut intérêt sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'abcès pulmonaire.

Servain, Frey, dans leurs thèses reprennent l'étude de l'abcès du poumon se terminant par vomique.

Sée considère l'abcès du poumon comme très rare, ne se révélant ordinairement que par vomique, et dans ce cas même, est-il à peu près impossible de distinguer les vomiques pleurales des vomiques pulmonaires. D'après cet auteur la plupart des vomiques données comme signe d'abcès du poumon doivent être considérées comme des vomiques pleurales.

M. Bouveret (1889) publie quatre cas de broncho-pneumonies suivies d'abcès du poumon. Nous ne reproduisons que deux de ces observations car dans les deux autres il s'agit de foyers purulents de très petites dimensions.

La vomique fit défaut dans ces quatre cas bien que dans l'un d'entre eux un énorme abcès pulmonaire fût trouvé à l'autopsie. Ces abcès consécutifs à la broncho-pneumonie sont cependant le plus souvent multiples et de petit volume.

Morillon dans sa thèse étudie le traitement de l'abcès métapneumonique et préconise la pneumo-

tomie pratiquée le plus tôt possible après que l'abcès aura été diagnostiqué.

Lejars en 1905 publie de très intéressantes considérations sur le diagnostic et le traitement de l'abcès du poumon. Il insiste sur la rareté de l'abcès métapneumonique et la possibilité d'absence de vomique. A propos de l'intervention c'est encore l'opération précoce, sans attendre la formation d'adhérences pleurales, que ce chirurgien préconise. Il conseille toutefois, d'attirer une portion du poumon malade dans la brèche pratiquée à la paroi thoracique. On évite ainsi la pénétration de pus dans la cavité pleurale en même temps que l'exploration du poumon est facilitée par cette manœuvre.

Comme on le voit, tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude de l'abcès pulmonaire métapneumonique ont insisté sur la rareté des observations et sur la fréquence parmi elles de la terminaison par vomique. Seuls jusqu'à présent, Woillez et Lejars pour la pneumonie, M. Bouveret pour la broncho-pneumonie, semblent avoir attiré l'attention sur la possibilité de l'absence de vomiques dans le cas d'abcès du poumon.

À l'occasion d'une observation prise dans le service de M. Pic et dans laquelle il n'y avait pas eu de vomique, nous avons cru intéressant de rechercher les observations semblables pour voir s'il n'y avait pas quelque caractère particulier à dégager de leur étude.

CHAPITRE II

Symptômes et évolution des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie.

Nous croyons utile de commencer par indiquer rapidement l'évolution et les symptômes des abcès métapneumoniques se terminant par vomique tels qu'on les décrit d'une façon générale dans les classiques.

Si chez un alcoolique, un vieillard, un débilité, survient une pneumonie ou une broncho-pneumonie, l'affection peut, sans cause apparente, présenter une évolution anormale.

La résolution est traînante, on voit survenir une fièvre à grandes oscillations, accompagnée de petits frissons. La toux est plus pénible, en même temps l'expectoration devient muco-purulente.

Le malade maigrit, perd ses forces, transpire abondamment.

En présence de ces symptômes il y a lieu de songer à un abcès du poumon.

Le diagnostic, cependant, est des plus délicats jusqu'au moment où survient la vomique, signe révélateur et à peu près constant de l'abcès du poumon.

Telle est l'évolution que donnent les classiques. Cependant, nous avons été témoin dans le service de M. Pic d'un cas d'abcès pulmonaire dans lequel on avait fait le diagnostic de pleurésie interlobaire. On avait, en effet, vainement attendu une vomique, malgré son absence complète on trouva à l'autopsie une collection purulente siégeant dans le parenchyme pulmonaire sans trace d'épanchement interlobaire.

A la suite de ce cas nous avons cherché s'il n'y en avait pas de semblables dans la littérature médicale. Nous avons été frappé du nombre relativement assez grand d'abcès métapneumoniques sans vomiques ; eu égard surtout à la rareté des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie ou à la broncho-pneumonie.

Nous avons pu trouver à peine 60 observations d'abcès du poumon consécutifs à la pneumonie et parmi elles quelques-unes seraient discutables ; or, sur ce nombre nous en relevons 16 où la maladie a évolué sans vomique. Cela fait une proportion de 25 p. 100 environ soit un quart des cas où la vomique fait défaut.

Or sur 1200 cas de pneumonie M. A. Fränkel déclarait en 1903 qu'il n'avait constaté de suppuration enkystée que dans la proportion de 2 p. 100 qu'il réduisait même à 1,5 p. 100 après révision de ses observations.

On a répondu non sans vraisemblance que les

abcès ne se manifestent assez souvent qu'à une date retardée, alors que le malade a déjà quitté l'hôpital, et que de la sorte un certain nombre de faits échappe à l'observation du médecin.

CHAPITRE III

Observations.

Nous allons donner d'emblée les observations d'abcès du poumon ne se terminant pas par vomique que nous avons pu recueillir.

OBSERVATION I (Inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le D^r PIC).

Diagnostic : Pleurésie interlobaire gauche. — Sommet gauche suspect. — Opération d'Eslander sans résultat.

Autopsie : Absès du poumon longeant la scissure interlobaire (consécutif probablement à une pneumonie).

Marie-Agathe P... trente-sept ans, couturière. Entrée à l'Hôtel-Dieu salle des troisièmes femmes, au n° 26, le 15 novembre 1905.

La malade demande son admission parce qu'elle tousse, a perdu l'appétit et souffre d'un point de côté à gauche.

Antécédents héréditaires : Père mort à soixante-douze ans d'affection indéterminée, mère morte à cinquante-quatre ans de cancer de l'estomac.

Sept frères ou sœurs ; une sœur morte pendant l'accouchement, deux frères morts de méningite, un mort de tuberculose pulmonaire, les autres en bonne santé.

Antécédents personnels :

Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde légère en bas âge.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de dix-huit ans (un seul accès).

Il y a un an (1904) point douloureux sur l'épaule gauche ne s'accompagnant pas d'autres symptômes.

Ce point de côté aurait duré jusque vers le milieu d'octobre 1905, époque où il fut plus violent et fut accompagné de fièvre et d'un frisson assez violent qui s'est répété plusieurs fois pendant trois jours consécutifs.

Dyspnée vive. Pas d'expectoration au début.

Depuis cette époque amaigrissement marqué (3 kilos), sueurs nocturnes, toux, inappétence.

Il y a huit jours expectoration filante, gommeuse aérée, un peu épaisse. Une ou deux fois les crachats étaient rosés, non striés de sang.

Jamais d'hémoptysie.

Actuellement (15 novembre), la malade paraît amaigrie, faible, se fatigue facilement pendant l'examen, teint jaunâtre.

Aux poumons : en arrière submatité des deux sommets, peut-être plus marquée à gauche, s'étendant de ce côté jusqu'à trois ou quatre travers de doigt de la crête épineuse.

Au-dessous sonorité normale.

Conservation des vibrations. Plutôt, même, un peu d'exagération à gauche sur une bande commençant dans la fosse sus-épineuse et s'étendant au-dessous jusqu'à la limite de la matité.

Auscultation : à l'extrême sommet gauche obscurité de la respiration sans modifications sensibles du murmure vésiculaire.

Dans la fosse sous-épineuse : souffle très intense, à caractère plutôt aigre que franchement tubaire, pas de râles, pas de retentissement marqué de la voix et de la toux.

Pectoriloquie aphone très marquée.

Ces signes se présentent sur une bande transversale empiétant sur la fosse sus et sous-épineuse, large de quatre à cinq travers de doigt et empiétant légèrement sur l'aiselle.

Au-dessous respiration normale.

A droite, obscurité marquée au sommet sans râles ni modification du murmure vésiculaire.

En avant, à gauche, tympanisme marqué au sommet, sans bruit de pot fêlé.

A droite, sonorité normale ou un peu exagérée.

A l'auscultation rien de particulier à signaler.

Au cœur : pointe bien sentie, bat dans le sixième espace au-dessous de la ligne mamelonnaire.

Pas de fréuissement cataire.

Impulsion forte.

A l'auscultation : à la pointe rien de particulier à signaler.

A la région méso-cardiaque on avait nettement hier au soir l'impression d'un bruit de galop ou d'un dédoublement du premier bruit, léger souffle systolique à timbre très variable ne se propageant pas.

Ce matin, le souffle persiste, la sensation de dédoublement a disparu.

Rien à la base.

Foie et rate normaux.

Tube digestif : rien de particulier à signaler, sauf l'innapétence.

Pas de ballonnement du ventre. Selles régulières.

La palpation de l'abdomen permet de sentir le rein droit assez volumineux et déplacé.

Inégalité pupillaire marquée : dilatation de la pupille gauche.

Rien autre au point de vue du système nerveux.

Urines très légèrement albumineuses.

16 novembre 1905. — L'examen confirme de tous points ce qui a été noté ; c'est-à-dire en résumé : l'existence d'une

zône de matité de trois travers de doigt environ, d'étendue verticale, au niveau de la région sous-épineuse gauche et dans une région correspondante entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale.

Existence de skodisme en avant et de sonorité relative de l'extrême sommet.

Au niveau de la région mate, indépendamment du souffle, existe, quand on fait tousser la malade, un retentissement particulier avec râles à timbre métallique, c'est-à-dire superficiels, cavitaires ou pseudo-cavitaires.

D'autre part, si après avoir examiné la malade dans l'attitude assise, on la fait se coucher à plat ventre on constate que la matité disparaît en laissant place à un sac skodique.

Dans cette attitude on ne découvre pas de matité antérieure.

18 novembre 1905. — L'examen radioscopique pratiqué hier matin confirme l'hypothèse de pleurésie interlobaire qui paraissait très probable d'après l'examen clinique.

A l'aide d'un éclairage à incidence normale : ombre au niveau de la matité.

Avec un éclairage à incidence oblique, cette ombre paraît se prolonger obliquement dans la région de la scissure interlobaire.

En outre sommet gauche un peu obscur.

Il y a quelques ombres ponctuées au niveau du hile des deux côtés : probablement des ganglions trachéo-bronchiques. (Protocole radioscopique ci-joint).

20 novembre 1905. — Depuis la dernière note la température est restée stationnaire aux environs de 39°.

Langue saburrale et humide.

Signes de pleurésie interlobaire de plus en plus nets : la zône de matité sous-épineuse est encore plus franche, mais se déplace beaucoup moins nettement au changement d'attitude.

D'autre part, signes stéthoscopiques s'entendant beaucoup plus bas, suivant une courbe qui de la fosse sous-épineuse

contourne par en bas le moignon de l'épaule, arrive à travers la région axillaire pour se terminer dans la région sous-mammaire.

Le long de cette bande : souffle doux, égophonie, quelques râles à timbre métallique dans les grandes inspirations.

A l'extrémité antéro-inférieure de la bande, dans la région sous-mammaire, on ne perçoit plus de souffle, mais il existe de nombreux frottements. Râles aux deux temps.

La phonendoscopie et la percussion auscultée ne donnent aucun résultat sensible. La toux et l'expectoration sont presque nulles.

3 janvier 1906. — A la suite de l'examen clinique et radioscopique ci-dessus relaté on a cru indiquée une intervention.

Le 24 novembre, M. le Dr Tixier pratique sous anesthésie une incision au niveau de la partie supérieure de l'omoplate, entre son bord supérieur et la colonne vertébrale, et, après résection de deux côtes, pratique la pleurotomie. A ce niveau il paraît y avoir des adhérences pleurales, toutefois au bout d'un instant se produit un pneumothorax. Ni l'incision, ni une série de ponctions pratiquées en divers sens ne donnent issue à du pus.

Pansement à la plaie.

La malade est reportée dans son lit. Dyspnée assez vive pendant quelques jours.

Grandes oscillations, température entre 38° et 40°. La plaie suppure un peu ; aucune vomique.

A partir du 30 novembre la courbe est à peu près stationnaire, ensuite 39° le matin, 39°5 le soir.

Vers le 15 décembre la malade rentre de nouveau dans le service de M. le Dr Pic.

Très amaigrie, teint pâle et terreux, sueurs fréquentes, toux peu fréquente, mais pénible, quinteuse, avec expectoration muco-purulente, dans laquelle l'examen bactériologique révèle la présence de quelques bacilles de Koch.

Pas d'hémoptysies.

A cette date la malade examinée avec soin présente les symptômes suivants :

Percussion; en arrière : submatité dans la fosse sus-épineuse, matité à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la pointe. Cette matité descend obliquement en décrivant une courbe hélicoïdale jusqu'au niveau de la région sous-mammaire gauche.

Tout le long de cette bande oblique, d'une longueur de 7 à 8 travers de doigt, les vibrations paraissent augmentées.

Plus d'égophonie, mais bronchophonie, un peu de souffle, pectoriloquie, mais surtout gros gargouillements s'exagérant pendant les efforts de toux.

Les signes cavitaires sont au maximum vers le 4^e ou 5^e espace intercostal gauche du niveau de la ligne axillaire moyenne. C'est en ce point que le 30 décembre on pratique une ponction exploratrice.

La seringue de Roux paraît pénétrer dans une cavité vide et ne ramène qu'une goutte de sang, laquelle, examinée au microscope, paraît contenir un peu de pus.

En somme, il semble qu'on ait pénétré dans une caverne.

Cette petite intervention ne modifie en rien l'état de la malade.

Dans la nuit du 2 au 3 janvier, sans que rien semblât faire prévoir cette issue, la malade tombe en agonie et succombe.

Autopsie le 4 janvier.

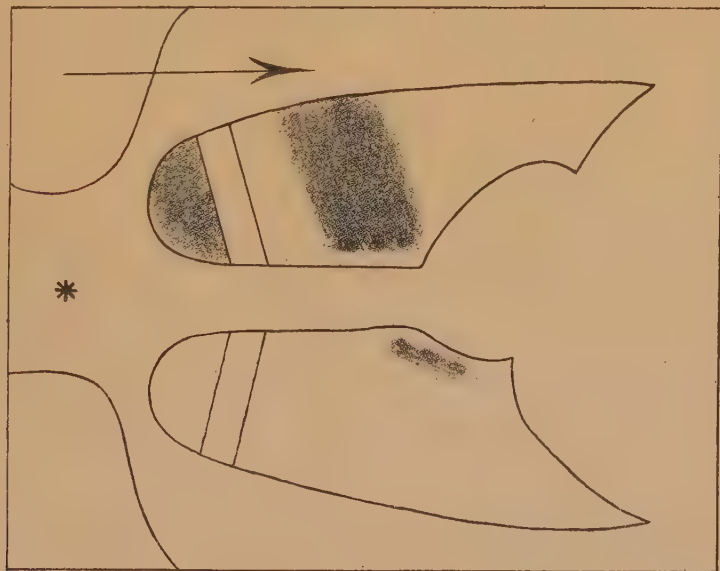
A l'ouverture du thorax on constate que le poumon droit est libre dans la plèvre : il est enlevé sans aucune difficulté. A la coupe on le trouve œdémateux, mais aucune lésion visible.

A gauche, *ni liquide, ni air dans la cavité pleurale.*

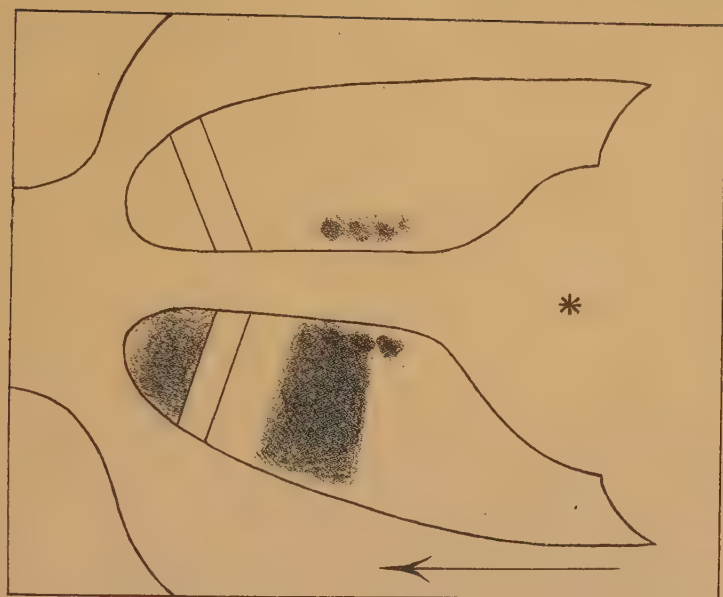
Des adhérences, d'ailleurs assez lâches, existent au niveau du sommet de la cicatrice opératoire et le long de la scissure interlobaire.

C'est en essayant de libérer le poumon qu'on le déchire ; il s'échappe alors un flot de pus assez fétide, grisâtre.

Le poumon sorti de la cage thoracique, on constate d'abord



D. A. — Tube placé au niveau du cou.



D. P. — Tube placé au niveau de l'ombilic.

que la scissure recouverte par quelques adhérences et accolée à elle-même ne contient pas de pus.

Celui-ci siège en plein parenchyme pulmonaire, dans une poche oblongue dont la direction est parallèle à celle de la scissure interlobaire.

Elle se prolonge ainsi du sommet de la scissure jusqu'à la région médiane sur une étendue de 6 ou 10 centimètres. On constate, en outre, sur la face postérieure et interne du poumon la présence de foyers secondaires, clapiers purulents du volume d'une noix ou d'une mandarine, donnant issue au même pus gris.

Nulle part on ne trouve de tubercules. Il s'agit, en somme, d'un abcès du poumon ayant occupé primitivement une situation voisine de la scissure.

Poumon droit : poids 650 grammes.

Poumon gauche : — 700 —

Rien au cœur — 220 —

Foie gros — 2 k. 500. Sans caractères bien spéciaux.

Les reins sont pâles et gros. La capsule s'enlève sans difficulté. Poids 140 grammes.

En résumé, il ressort nettement de l'autopsie qu'il s'est agi d'un abcès du poumon consécutif à une pneumonie. Cet abcès, siégeant dans le lobe inférieur gauche, était exactement parallèle à la scissure interlobaire et n'était séparé d'elle que par une mince lame de parenchyme. L'incision chirurgicale n'avait pu produire de drainage, bien qu'elle parût communiquer avec l'abcès, parcequ'elle était située à la partie tout à fait supérieure de cet abcès.

Examen radioscopique.

P..., Marie-Agathe, trente-sept ans, 3^e femmes n° 26.

17 novembre 1906.

Diagnostic : Pleurésie interlobaire gauche visible à

l'examen oblique, le tube étant placé d'abord au niveau du cou, puis au niveau de l'ombilic.

Obscurité du sommet gauche.

Ganglions au niveau du hile à droite et à gauche.

OBSERVATION II

(HAWKINS, *Société clinique de Londres*, 1907).

Homme de cinquante-et-un ans qui fit une pneumonie aiguë localisée au lobe supérieur du poumon droit.

La température était redevenue normale depuis quelques jours lorsque la fièvre reprit, marquant bientôt de grandes oscillations (35°5 à 40°).

Le malade succomba deux jours plus tard et à l'autopsie on trouva une hépatisation grise du lobe supérieur du poumon droit.

De plus, on trouva à ce niveau trois abcès dont le plus petit avait le volume d'une noix et le plus gros celui d'un œuf de poule.

Au niveau de l'orifice aortique se voyait un dépôt récent de fibrine sous lequel s'était creusée une ulcération.

A aucun moment l'expectoration n'avait été purulente.

OBSERVATION III

(LEJARS, *Semaine médicale*, 1905, p. 304).

Un jeune homme de vingt-cinq ans, très vigoureux, adonné à tous les sports, est pris brusquement à la suite d'un refroidissement en automobile, d'un frisson, d'un point de côté à droite, de dyspnée, de toux, de fièvre intense.

L'évolution de l'affection n'est point celle d'une pneumonie franche, mais plutôt d'une broncho-pneumonie grippale ; à quelques jours de là le poumon gauche est aussi atteint, quoiqu'à un degré moindre.

Au bout de deux semaines, la situation s'améliore, la fièvre tombe, mais pour remonter bientôt, en même temps que la douleur reparait au côté droit, sous l'aisselle, que l'expectoration devient fétide et abondante et que l'état général s'altère de plus en plus. Vers la base droite et sur le côté on trouve une zone de matité et des signes stéthoscopiques qui font penser assez vite à l'éventualité d'une collection suppurée ; pourtant on attend toujours, s'efforçant de combattre la fièvre et la déchéance progressive par des médicaments divers.

La suppuration devient certaine ; elle est affirmée par des consultants de haute valeur. On attend encore.

Finalement, sur le conseil de l'un d'eux, on se décide à tenter l'opération, au bout d'un mois. Mais ce qui est alors en cause, et fort discutable, c'est la possibilité d'intervenir encore, sans provoquer un dénoûment immédiat.

Le malade amaigri, terreux, secoué de frissons, en orthopnée continue, ne semble pas de force à supporter la moindre anesthésie ; non seulement le poumon droit est occupé à sa base, et en avant par une vaste zone de matité, autour et au-dessus de laquelle on trouve, jusqu'au sommet, du souffle et des râles fins, mais l'autre poumon est lui-même le siège de râles et de souffle par foyers disséminés.

J'opérai à la cocaïne et aussi rapidement que possible ; la huitième côte fut excisée sur une longueur de 7 à 8 centimètres, puis la septième sur une longueur un peu moindre ; je tombai sur le poumon adhérent et recouvert d'une coque épaissie, jaunâtre ; je l'incisai, et, au doigt, je pénétraï dans le parenchyme pour ouvrir bientôt une cavité remplie d'un pus d'une fétidité extrême ; je la drainai avec deux gros tubes.

Cette pneumotomie, très facile, en somme, et pratiquée,

pour ainsi dire, à la volée, fut suivie d'une sédation appréciable des accidents ; quelque espoir fut repris.

Le pansement fut refait chaque jour avec le plus grand soin, souillé chaque fois d'une quantité considérable de pus ; le malade survécut quinze jours.

OBSERVATION IV

(LEJARS, *Semaine Médicale*, 1905, p. 304).

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, qui, sans antécédents particuliers et de façon toute accidentelle, avait été pris d'accidents pleuro-pulmonaires aigus bientôt localisés à la base droite.

L'hésitation et l'attente avaient été fort longues ; et lorsqu'il entra dans le service de mon collègue M. Ménétrier, on trouvait, avec un état général des plus précaires les signes d'une vaste collection pleurale droite.

Il fut opéré sans tarder, c'était sa dernière chance ; je traçai un lambeau convexe en bas, j'incisai 10 centimètres des 8^e et 9^e côtes, j'ouvris la plèvre qui donna issue à une grande quantité de liquide purulent, fétide ; au fond de la cavité sus-diaphragmatique, très vaste, et qui remontait loin en arrière, on apercevait le poumon recouvert d'une fausse membrane jaune ; en un point, il paraissait flétri et grisâtre.

Avec le doigt et la sonde cannelée ou compléta l'ouverture d'une cavité contenant encore du pus fétide, assez large pour loger trois doigts et qui s'étendait jusqu'à 6 centimètres environ dans l'épaisseur du parenchyme : elle fut drainée, ainsi que la cavité pleurale.

Ici encore l'amélioration fut toute passagère et le malade succombait trois jours après.

OBSERVATION V

(VALLETTE, *Marseille médical*, 1904)

Abcès du poumon consécutif à de l'hépatisation grise

Cette pièce provient d'un malade décédé rapidement après huit jours de maladie dans le service de M. le Dr Schnell. Il paraissait indemne de tuberculose et les signes cliniques qu'il présentait étaient ceux d'une pneumonie arrivée au stade de l'hépatisation grise. On notait cependant une fétidité extrême de l'haleine et de l'expectoration.

L'autopsie nous permit de constater dans le lobe inférieur du poumon gauche une excavation volumineuse, entourée d'un parenchyme pulmonaire hépatisé et contenant 400 grammes d'un pus noirâtre, épais et nauséux. Le sommet ne présente pas de tubercules et l'on trouve à peine un peu de congestion à l'autre poumon.

A part une légère hypertrophie de la rate les autres organes sont normaux.

OBSERVATION VI

(GALLIARD, Société médicale des Hôpitaux de Paris)

Séance du 3 février 1899 (*Sem. Méd.*, 1899)

Charretier, âgé de cinquante-deux ans entré à l'hôpital au mois de novembre 1898 pour une broncho-pneumonie localisée d'abord au sommet droit, puis à la base gauche.

La défervescence se produisit du quatorzième au seizième jour, mais on constata la persistance des signes d'hépatisation du lobe inférieur gauche avec une mince couche de sérosité pleurale. Quelques jours plus tard on notait, en

outre, la réapparition de la fièvre, une expectoration fétide et des phénomènes généraux graves.

De 16 décembre, M. Blum résèque trois côtes et pénètre au thermocautère dans un abcès pulmonaire de petites dimensions. Après une amélioration passagère, mort le 26 décembre.

A l'autopsie on trouve du côté du lobe inférieur du poumon gauche un foyer gangréneux du volume d'un petit œuf de poule situé au-dessus de celui qui avait été ouvert par le thermocautère.

Dans le lobe supérieur gauche il existait également un petit abcès non fétide et à son niveau une loge d'empyème enkysté.

Nulle part on ne remarquait de granulations tuberculeuses.

OBSERVATION VII

(LANCEREAUX, in thèse FREY, VI. Résumée)

Pneumonie des lobes supérieur et moyen droits. Adynamie; hypothermie; diarrhée; parésie intestinale; rétention d'urine.

Mort par syncope.

Hépatisation grise avec suppuration en foyers multiples.

Gros tubercule. Staphylocoque doré et pneumocoque dans le pus des abcès pulmonaires.

Entrée le 3 janvier 1891, salle Lorain, n° 18.

D... Joséphine, ménagère, fut prise subitement d'un grand frisson, point de côté et d'une fièvre très forte, quatre jours avant son entrée à l'hôpital.

A son entrée la malade délire, profondément affaissée, sans réaction, traits tirés, yeux excavés, face pâle, lèvres bleuâtres.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de météorisme.

La malade perd ses urines et ses matières.

Langue rôtie, dents fuligineuses, voix faible, cassée.

Examen du thorax : Matité franche des deux tiers supérieurs du thorax.

Respiration soufflante en avant et en arrière, au sommet ; foyer de râles sous-crépitaux, gros à la partie supérieure droite.

A gauche quelques râles sonores disséminés.

Battements cardiaques très frappés, pouls petit, ni frémissement, ni souffle.

Foie normal, rate peu volumineuse.

Urines recueillies par la sonde : foncées, rougeâtres, albumineuses.

Température 38°.

Expectoration peu abondante, quelques crachats visqueux contenant de nombreux cocci lancéolés encapsulés.

4 janvier. — Même état, la malade n'a pas perdu ses urines.

5 janvier. — Diarrhée, météorisme. Asthénie complète, pas de réaction, cyanose, algidité, délire tranquille.

Température : le matin 36° 8, le soir 36° 4.

L'albumine a disparu.

6 janvier. — Le météorisme et la diarrhée persistent.

A l'auscultation souffle tubaire au sommet droit, mais à la partie moyenne du thorax foyer de gros râles.

Température matin et soir 37°, urines non albumineuses.

7 janvier. — Collapsus, cyanose, algidité, diarrhée, météorisme, hypothermie : matin, 36° ; soir, 36° 4.

Pas d'albumine.

Jusqu'au 10, même état, sans oppression, respirations peu augmentées de nombre.

Météorisme énorme et douloureux, diarrhée.

Ni albumine, ni œdème des extrémités.

Expectoration franchement purulente, mais peu abondante, contenant de nombreux pneumocoques en amas.

Le 11 janvier, légère amélioration, diminution du météorisme, la malade répond mieux.

Température : matin, 37° 5 ; soir, 38° 2.

Le souffle et les râles sous-crépitants gros persistent.

Pas de selle ; la malade perd ses urines.

Le 12 au matin météorisme douloureux, tendance au collapsus (36° 4), algidité, cyanose, yeux excavés, voix faible.

On sonde la malade et on évacue trois litres d'urine. A peine la sonde retirée la malade pâlit ; arrêt du cœur et de la respiration. Deux ou trois profondes inspirations se font pendant qu'on tente vainement de ranimer la malade.

Pas d'albumine dans l'urine.

Autopsie. — *Poumon droit* adhérent dans presque toute son étendue.

Fausse membranes sur les plèvres, pas de liquide.

Les lobes supérieur et moyen sont le siège d'une hépatisation grise assez plane, au sein de laquelle on voit plusieurs foyers de suppuration gros comme des noix renfermant un pus très lié verdâtre.

Si on enlève par un courant d'eau le pus on voit que les parois des abcès sont irrégulières avec des débris flottant^s et formées par le parenchyme pulmonaire ulcéré ; autour de ces foyers le parenchyme est ferme, encore granuleux et ne laisse suinter par pression que très peu de liquide sanguinolent.

Splénisation du lobe inférieur.

Toutes les ramifications bronchiques sont pleines de pus.

A gauche, bronchite purulente et congestion de la base, au sommet gros tubercules caséux avec zone de pneumonie interstitielle. Ganglions du hile tuméfiés et œdémateux.

Cœur sain, caillots fragmentés dans l'artère pulmonaire, un peu de liquide séreux dans le péricarde.

Foie un peu gras.

Rate peu volumineuse.

Reins : calices considérablement dilatés, infiltration sanguine autour des bassinets.

Hémorragies punctiformes de la muqueuse des calices.

Capsule non adhérente.

Surface rénale blanc jaunâtre décolorée ; le tissu est ferme et décoloré aussi.

Uretères et vessie congestionnés, dilatés.

Estomac et intestins sains.

Accumulation stercorale dans les intestins.

Le pus des abcès donne en culture sur tous les tubes (sérum et agar) d'une part, le staphylocoque doré, et d'autre part, le pneumocoque en colonies extrêmement nombreuses et prédominant d'une façon manifeste sur le staphylocoque.

OBSERVATION VIII

(HUBER F., *Medical News*, 1891).

Un cas d'abcès du poumon. — Opération. — Guérison.

B... J..., quatre ans. Malade depuis quatre semaines et examiné le 4 octobre 1888.

Fièvre à exacerbations vespérales, frissons irréguliers ; toux inquiétante. L'enfant maigrit, perd ses forces et devient d'une pâleur cireuse.

L'examen médical ne révèle rien, sauf une surface un peu affaissée et du souffle bronchique dans les régions sous-claviculaire et mammaire droites.

La ponction exploratrice donne du pus et on diagnostique une pleurésie purulente généralisée.

A l'opération on trouve les plèvres adhérentes et du pus dans le poumon.

La cavité se remplit et se ferme graduellement ; seule une petite fistule ne se ferme que dix mois environ après le début de la maladie.

Remarque. — Immédiatement la seringue exploratrice trouva du pus la veille de l'opération.

Un peu sottement l'aiguille fut retirée et l'incision faite.

Quand la plèvre fut ouverte on enfonça de nouveau

l'aiguille, on fit plusieurs piqûres et on retrouva le processus suppuratif. Une grave pneumonie du lobe supérieur (latéralement et postérieurement) survint, ayant probablement pour cause ces multiples ponctions.

Dans un autre cas je me servirai certainement de l'aiguille comme guide.

OBSERVATION IX (Résumée)

(MOUVERET, *Lyon médical*, 1889).

A. D..., âgé de soixante-quatre ans, voiturier, admis le 15 octobre, mort le 14 novembre 1888.

Trois frères et sœurs sont morts jeunes d'affections thoraciques.

Depuis huit ans cet homme tousse tous les hivers. Pas d'autres antécédents à noter.

Il y a trois mois, le patient était dans un état de santé relativement satisfaisant; il prit froid, eut des frissonnements et trois jours après il fut obligé de cesser son travail et de se mettre au lit.

Depuis il tousse, crache, a de la fièvre et de l'oppression. Son état ne s'améliorant pas, il vint à l'hôpital.

A son entrée : amaigrissement prononcé, aspect cachectique, œdème des pieds, anémie très marquée, décoloration des conjonctives et de la peau,

Anorexie, pas de vomissements, symptômes dyspeptiques; cependant on ne découvre aucune tumeur dans l'abdomen.

Pas d'albuminurie.

Disparition de la matité précordiale due à l'emphysème du poumon gauche; les bruits du cœur, lointains, paraissent normaux.

Pouls régulier, petit, à 120.

Oppression assez vive augmentant par accès et obligeant alors le patient à s'asseoir sur son lit. Toux fréquente avec

expectoration abondante, muco-purulente, plus purulente que muqueuse, remplissant presque un crachoir en vingt-quatre heures.

Sonorité thoracique exagérée surtout dans les régions supérieures à droite et à gauche.

Nombreux râles sonores du haut en bas dans les deux poumons. Expiration prolongée et sibilante.

Dans la moitié inférieure des deux poumons, nombreux râles sous-crépitaux fins.

La température est à 36°.

Le patient ne pèse que 51 kilos bien qu'il soit de taille plutôt au-dessus de la moyenne.

Il ressemble tout à fait à un phthisique avéré arrivé presque au terme de la cachexie tuberculeuse.

Cet état reste stationnaire jusqu'à la fin d'octobre. Il s'aggrave au commencement de novembre.

A cette époque on entend de la respiration bronchique à la base du poumon gauche. L'expectoration augmente encore, devient plus purulente et répand une odeur fade ailliacée. Le pouls, très faible, est à 124. L'œdème des jambes s'étend encore.

Le 10, la respiration bronchique, constatée à la base gauche a pris un timbre caverneux.

Mort le 14 novembre.

La broncho-pneumonie a duré environ quatre mois.

Pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, la température régulièrement notée a oscillé d'un minimum de 37°,7 à un maximum de 38°,9.

Autopsie. — On ne trouve de lésions que dans le rein et le poumon.

Reins : Atrophie assez sensible de la substance corticale ; cependant le cœur n'est pas notablement hypertrophié.

Poumon droit : bronchite, emphysème, quelques noyaux disséminés de broncho-pneumonie dont la plupart sont en voie de suppuration, mais il n'y a pas formation de véritable abcès.

Poumon gauche : mêmes lésions de bronchite et d'emphysème. Cinq îlots d'hépatisation grise, entourée d'une zone de tissu scléreux, et creusée d'une cavité pleine de pus de la dimension d'un petit œuf.

L'une de ces deux cavernes purulentes occupe la partie postérieure et inférieure du lobe inférieur ; elle est très superficielle ; à ce niveau, pleurésie enkystée, un demi-litre environ de liquide louche étendu en nappe entre le poumon et la paroi thoracique.

Aucune lésion tuberculeuse des poumons ni d'un autre organe.

OBSERVATION X (Résumée)

(M. BOUVERET, *Lyon médical*, 1889).

J. V., quarante-sept ans admis le 21 avril, mort le 27 avril 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Jusqu'à la maladie actuelle le patient aurait, dit-il, toujours eu une bonne santé. Or le début de cette maladie est assez obscur. Il n'a été marqué par aucun incident dont le malade ait gardé le souvenir, pas de frisson, pas de point de côté à droite. Le premier symptôme a été la toux.

Depuis trois mois le patient tousse, maigrit et perd ses forces, cependant la toux n'est devenue très intense que depuis un mois.

Depuis cette époque quelques douleurs vagues dans la poitrine soit à droite, soit à gauche.

Au moment de l'admission : amaigrissement prononcé, aspect sénile, perte des forces. Pas de fièvre le jour même de l'entrée à l'hôpital.

Appétit médiocre, pas de diarrhée.

Urine très colorée, sans albuminurie.

Rien au cœur, pouls faible et dépressible.

Examen de la poitrine. — A gauche : sonorité normale, aucune modification du bruit respiratoire, nombreux râles sous-crépitaux et sonores dans la moitié inférieure.

A droite : matité complète depuis la base jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate ; au-dessus de cette zone de matité, sonorité tympanique remontant presque jusqu'à la crête de l'omoplate, etc.

Au niveau de la matité respiration bronchique faible, à timbre cavitairé près du rachis ; abolition des vibrations thoraciques ; râles sous-crépitaux nombreux au-dessus et en avant de la zone de matité, vers l'aisselle.

Rien au sommet des poumons.

Le 23 avril ponctions exploratrices dans la zone de matité, elles ne donnent aucun liquide.

Depuis hier le malade a rempli son crachoir à moitié ; c'est une expectoration muco-purulente, surtout purulente ; il n'y a pas eu de véritables vomiques. Chaque expectoration est relativement peu abondante.

Les jours suivants, état stationnaire.

Le patient meurt dans la nuit du 25 au 26 avril sans que ses voisins aient rien remarqué de particulier.

La température n'a jamais été très élevée, elle était souvent normale le matin, elle oscillait entre 37°,6 et 38°,7.

Autopsie : symphyse pleurale complète à droite, on peut cependant enlever assez facilement le poumon droit. Adhère des plèvres interlobaires, mais on peut séparer les deux lobes.

Le lobe inférieur est creusé d'une grande cavité grosse comme les deux poings réunis, contenant au moins un demi-litre de pus grisâtre, un peu filant, mélangé de mucosités, d'une odeur fade, mais non fétide.

Les parois de cette vaste caverne purulente sont anfractueuses et présentent même quelques diverticules.

En examinant attentivement la surface de ces parois on y trouve plusieurs petits orifices taillés en bec de flûte ; ce sont de petites bronches ulcérées au niveau de la caverne puru-

lente. L'étroitesse et la disposition de ces orifices expliquent sans doute l'absence de toute véritable vomique.

Autour de la caverne, quelques noyaux de broncho-pneumonie, les uns gris et scléreux, les autres jaunâtres, friables et purulents.

Hépatisation grise avec induration scléreuse d'une lame de poumon épaisse d'un à deux centimètres et qui sépare la caverne purulente de la convexité du diaphragme.

Dans le poumon gauche : deux petits îlots de broncho-pneumonie, scléreuse ou en voie de suppuration.

Cedème congestif des régions non enflammées des deux poumons.

Pas de lésions tuberculeuses.

Rien à signaler dans les autres organes.

OBSERVATION XI

(ROHDEN, *Deutsch. med. Wochensch.*, 1884).

Femme de vingt ans ; pneumonie aiguë en juin 1882.

Deux mois après, on constate un épanchement pleurétique.

Le 6 août, ponction et évacuation de 1.100 centimètres cubes d'un pus fétide.

Le 8 août, drainage et lavage de la plèvre à l'acide salicylique ; la fièvre tombe ; l'amélioration survient.

Le 30 août, on enlève le tube à drainage, mais la température remonte et l'état général empire.

La plaie est élargie. Un drain est introduit avec le doigt. C'est ainsi que l'on ouvre un abcès du poumon resté ignoré. La malade se met à cracher du pus mêlé de sang. Lavages répétés. L'état s'améliore et au bout de quelques mois la fistule est complètement fermée.

OBSERVATION XII

(BACCHINI, *Centralbl. für Chir.* 1883).

Femme de vingt-sept ans chez laquelle on constate un abcès du poumon après pneumonie. Le diagnostic est confirmé par une ponction exploratrice.

L'intervention chirurgicale est retardée à cause du mauvais état de la malade.

Amélioration par un traitement antipyrétique et fortifiant.

Au bout de quelque temps, entre le 2^e et 3^e espace intercostal, à 8 centimètres du sternum survient de la fluctuation. Une ponction est pratiquée en ce point avec un trocart. Aussitôt la patiente crache du pus. Une incision est faite dans le 2^e espace, drainage et lavage du foyer ; l'expectoration cesse.

Le dixième jour, issue de portions de poumon gangréné.

La fistule persiste, mais la guérison complète est probable.

OBSERVATION XIII

(PAYNE, in Thèse MORILLON).

S. A..., vingt-trois ans, marié. Charretier.

Admis le 22 juin 1881 dans le service de M. Hamilton avec des symptômes très accentués d'épanchement pleurétique dans le côté gauche.

Il semble bien constitué, vigoureux.

Ses antécédents héréditaires sont bons et jamais, jusqu'ici, il n'a été malade.

La maladie actuelle a débuté un peu avant le mois de février par un frisson, des douleurs dans le côté gauche et une fièvre intermittente.

Le médecin, qui l'a soigné, lui a dit qu'il avait une pleurésie, lui a fait un traitement, lui a appliqué des vésicatoires sur le côté malade. Le malade se sent soulagé et continue le traitement perscrit jusqu'en avril, époque à laquelle la respiration devient difficile et apparaît une toux légère. Il raconte avoir craché une once de sang en deux fois.

Les symptômes augmentent, et se sentant incapable de travailler plus longtemps, il se présente le 22 juin à l'hôpital avec des signes d'épanchement dans le côté gauche.

Le côté malade est badigeonné de teinture d'iode et on administre à l'intérieur de l'iodure de potassium. Cette médication est continuée jusqu'au 20 août sans succès et on observe les symptômes suivants :

Le malade est amaigri depuis son admission.

A gauche la paroi thoracique est plus bombée qu'à droite d'un pouce environ.

De ce côté les mouvements respiratoires sont imparfaits.

A la percussion, matité absolue à gauche, en avant et en arrière.

A l'auscultation on n'entend pas de bruit respiratoire à gauche en avant et en arrière.

A droite les bruits respiratoires sont exagérés.

La matité cardiaque se continue avec celle du côté gauche.

On ne sent, ni on ne voit le battement de la pointe du cœur.

Pas de déplacement du cœur.

En auscultant l'aorte on entend un bruit comparable à celui d'un coup de marteau dans l'eau.

Toux légère avec expectoration insignifiante. Sueurs nocturnes.

Température 100° F. Pouls 100.

A cause de ces symptômes, on soupçonne une pleurésie purulente, on ponctionne et on trouve du pus dans le sixième espace intercostal dans la région axillaire.

Le 23 août. — Incision de deux pouces de longueur au-dessus de la 7^e côte et parallèlement à sa direction dans la

ligne antérieure de l'aisselle, antiseptiquement et sous le chloroforme.

A l'ouverture de la plèvre :

Très forte hémorrhagie du sang veineux qu'on réprime en injectant une solution de perchlorure de fer.

On retire environ 15 onces de pus.

On met le doigt dans la cavité à travers la plaie et on rencontre de nombreuses adhérences que l'on rompt.

On draine. Après l'opération, à la percussion la matité a disparu pour faire place à l'hyperrésonnance.

Le malade se sent soulagé et peut se coucher sur le côté droit, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'alors.

Pendant les premiers jours profuse évacuation de pus fétide qui nécessite 3 à 4 pansements par jour.

On cesse l'antiseptie.

La température tombe à 99° 4 F., mais le pouls et les bruits du cœur conservent les mêmes caractères qu'auparavant.

La douleur diminue, mais devient plus gênante, la toux est irritante et accompagnée d'expectoration muqueuse, muco-purulente et sanguinolente.

Le malade continue à aller un peu mieux jusqu'au 29 août, quand, soudainement la température monte à 103° 4 F.

Violente douleur dans le côté gauche (on fait des injections de morphine).

La voix s'affaiblit. La transpiration augmente. L'appétit disparaît.

Mort le 30 août.

Autopsie le lendemain de la mort.

Les deux faces de la plèvre gauche sont adhérentes, quelques gouttes de liquide dans la cavité pleurale.

La plaie opératoire élargie, on trouve une cavité irrégulière située dans le centre du poumon qui, lui-même, est hépatisé.

Le poumon droit est sain, mais congestionné.

Le cœur est atrophié et flasque, ses valvules sont saines.

Les autres organes sont normaux.

Remarque. — Il est évident que l'on a eu affaire à une pneumonie chronique suivie de la formation d'un abcès du poumon.

OBSERVATION XIV

(VAUGH, in Thèse MORILLON)

Soldat retraité, cinquante ans, a servi dans les Indes et a été réformé pour une difformité des os au pied.

Les renseignements qu'il donne sont obscurs.

Sa santé n'a pas été mauvaise, il a fait quelques bronchites avec toux de temps en temps.

Quand je suis appelé près de lui il a une hépatisation pneumonique du poumon gauche et une forte dyspnée.

On le traite suivant la méthode ordinaire sans obtenir de résultat, la partie antérieure de la base du lobe reste hépatisée et la dyspnée persiste.

On le fait alors coucher, à cause de son état de semi-invalidité sur un brancard pendant un couple de mois quand les symptômes reparaissent aigus avec frissons et sueurs profuses.

Dans le courant de la semaine une tumeur fluctuante apparaît pointant en avant entre la 9^e et 10^e côte.

La respiration est pénible.

J'ouvre cette tumeur avec un bistouri à abcès de Syme et a jaillit un peu de pus sanieux. La plaie semble avoir une tendance à saigner.

Je fais un pansement aseptique avec un tampon trempé dans une solution phéniquée que je maintiens en place avec une large bande roulée. Le pansement saturé de pus, l'évacuation doit être souvent renouvelée et une plaie suppurante existe pendant quelques jours au point où on a fait l'incision.

Puis le pansement glisse, une masse en forme de bloc grosse comme une orange est rejetée.

La substance pulmonaire paraît saine, mais turgescence.

La nécessité s'en faisant sentir on place des compresses et une écharpe fortement serrée.

Ensuite une autre voussure intercostale se montre plus haut dans le 2^e espace intercostal et s'ouvre d'elle-même.

J'ai pensé qu'il valait mieux ne pas intervenir et drainer par l'ouverture.

On retrouve les mêmes caractères d'évacuation, mais pas de hernie intercostale du poumon.

Ensuite un drain pendant quelques jours peut être poussé en arrière sans produire de gêne de la respiration.

Une belle production de bourgeons charnus se fait sur la plaie et après quelques semaines la plaie se cicatrise entièrement.

Remarques de l'auteur.

Le traitement adopté ici fut un lavage antiseptique de la plaie, une application de compresses phéniquées retenues par un bandage et l'administration d'une potion calmante contre la toux.

Pas de sang, pas d'hémorrhagie, et expectoration fétide n'existant que pendant quelques jours.

Je ne doute pas avoir eu affaire à une infiltration pneumonique qui s'est terminée par abcès du poumon.

Ces abcès sont venus s'ouvrir à la surface.

OBSERVATION XV

(WOILLEZ, *Gazette des Hôpitaux*, 1868)

Boulangier, quarante-huit ans.

Admis le 5 mai 1868, mort le 7 au matin.

3 pneumonies 1846 ; 1863 ; 1867. Bronchite à dix-huit ans.

Malade depuis 3 jours à son entrée, mais déjà depuis 6 jours malaise général, étourdissements anorexie.

Etant en sueur il avait eu un refroidissement suivi aussitôt de fièvre, frissons, douleur du côté gauche, oppression, toux, et se met au lit.

5 mai. — Toux, oppression intense, fièvre, pouls petit et précipité, points de côté ; assez grande quantité de crachats visqueux, demi transparents, jaunâtres, aérés.

Percussion : en avant normale des deux côtés.

Auscultation : respiration ronflante partout, plus marquée à gauche.

En arrière, matité des deux tiers inférieurs, du poumon gauche, souffle dans la même étendue du même côté avec respiration ronflante au sommet.

Bronchophonie.

6 mai. — Même état.

Dans la nuit vers 9 heures, la respiration s'embarrasse, agitation, délire jusqu'au matin 7 heures où il mourut.

Autopsie. — Poumons très volumineux ; poumon gauche : hauteur, 30 centimètres environ ; poumon droit : hauteur, 26 centimètres.

Adhérents dans presque toute leur étendue ce qui était dû sans doute, aux pneumonies anciennes.

Poumon droit simplement congestionné.

Poumon gauche dur, résistant, hépatisé.

Incisé de haut en bas il laisse échapper un flot de pus provenant à la fois du tissu pulmonaire et d'un foyer purulent.

Hépatisation grise dans toute l'étendue du poumon, sauf au sommet dans un petit espace.

Un fragment d'un poumon projeté dans l'eau gagne le fond du vase.

Coupe gris jaunâtre sale, pointillée de matière noire et baignée de pus sans air.

Outre cette infiltration générale on observe à la partie moyenne deux abcès à parois irrégulières déchiquetées sans

fausses membranes ; l'un de ces abcès en forme de V renversé mesure environ 4 centimètres d'étendue.

La cavité de ces abcès examinée avec soin a des parois déchiquetées et n'offre aucun orifice bronchique dans leur intérieur, ce qui explique l'absence complète de crachats purulents.

Le cœur peu volumineux, flasque, et dont la séreuse offrait une plaque blanchâtre sur le ventricule droit présentait dans l'intérieur de ce ventricule un caillot organisé, fortement intriqué entre les colonnes charnues. Ce coagulum s'étendait dans l'artère pulmonaire. Le creux sacculaire des valvules pulmonaires s'était moulé en saillie. Il n'y avait que du sang noir demi-liquide dans les ramifications de la branche artérielle du poumon gauche.

Il existait, en outre, un caillot peu volumineux à l'origine de l'aorte.

Toutes les valvules du cœur étaient saines. Cerveau congestionné. Rien à noter aux autres organes.

OBSERVATION XVI

(STOCKES, *in* thèse SERVAIN, 1868).

Un jeune homme entre à l'hôpital de Dublin le 13 avril 1832 avec les symptômes ordinaires d'une pneumonie aiguë qui durait depuis trois jours.

On diagnostica une hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche.

Le traitement consiste dans l'emploi de saignées locales et générales, du calomel, de l'opium à haute dose.

Le treizième jour du traitement il se manifeste une violente exacerbation qui fut suivi de la présence d'une crépitation humide mêlée à la respiration bronchique dans toute la région où régnait la matité et le poumon droit donna des signes de bronchite générale.

Ces symptômes liés à la circonstance qu'il ne s'était pré-

senté aucun ptyalisme portèrent Stockes à annoncer le troisième degré de la pneumonie.

Vers cette époque on entendit un gros râle au niveau de la racine du poumon et le bruit respiratoire y prit tellement le caractère caverneux qu'après un examen répété, Stockes dit à ceux qui l'entouraient qu'il ne pouvait se fixer sur la nature de ce symptôme et qu'il n'osait affirmer qu'il s'était formé ou non un abcès. La matité existait toujours.

Le septième jour il survint des sueurs abondantes précédées de frissons; cet état dura jusqu'au douzième jour, époque de la mort du malade.

Autopsie. — Adhérences récentes des plèvres, plus marquées à gauche.

Lobe supérieur du poumon gauche : crépitant quoique engorgé.

Lobe inférieur : forme un sac renfermant une matière dont la couleur jaune est très visible à travers la plèvre viscérale.

A l'ouverture de ce sac on trouve le tissu de ce lobe complètement disséqué et séparé de son feuillet pleural par la suppuration du tissu cellulaire sous-séreux. Ce tissu cellulaire interlobulaire et intervésiculaire est également tombé en suppuration et a opéré une dissection si complète des lobules et des vésicules que tout ce lobe offre un faisceau de petites grappes. Tous ces lobules, presque entièrement isolés, sont entourés par la matière purulente dans laquelle ils sont suspendus par leur pédicule bronchique.

Pas d'air dans la cavité ainsi formée en dedans de la plèvre pulmonaire et cependant extérieure au poumon et aucune communication des bronches avec elle.

CHAPITRE IV

Étude clinique des abcès terminés sans vomique.

De la lecture de ces observations on peut donc conclure que l'abcès du poumon peut avoir une évolution un peu différente de celle que rapportent les classiques.

Nous allons, maintenant, essayer d'entreprendre l'étude clinique des faits que nous rapportons, et de voir si par cet examen d'ensemble on peut arriver à des signes spéciaux et à un diagnostic possible de ces formes d'abcès métapneumoniques.

I. — Étiologie.

Sur 13 des observations ci-jointes où le sexe est mentionné nous voyons qu'il s'agit 9 fois de sujets du sexe masculin et 4 fois seulement d'une femme.

Sauf dans 2 cas se rapportant l'un à un homme de soixante-quatre ans et l'autre à un enfant de quatre ans, l'âge des malades varie entre vingt et cinquante ans.

La profession n'est mentionnée que 7 fois ; ce chiffre est insuffisant pour permettre d'en tirer une conclusion ferme. Cependant nous remarquerons que les professions masculines signalées dans les observations sont pénibles, ou bien exposent ceux qui les exercent à être d'une façon un peu spéciale atteint de pneumonie, sans que l'on puisse, à côté de cela découvrir une cause prédisposant particulièrement à la suppuration pulmonaire.

Les antécédents pathologiques relevés dans les diverses observations ne nous donnent pas de renseignements bien utiles, sinon dans le cas rapporté par Woillez où le malade en est à sa quatrième pneumonie.

Dans la plupart des autres cas le malade jouissait antérieurement à sa pneumonie, d'une bonne santé habituelle.

Une observation de Galliard, une de M. Lejars et 2 de M. Bouveret rapportent des abcès pulmonaires consécutifs à des broncho-pneumonies : Dans tous les autres cas il s'agit de pneumonies aiguës ou chroniques.

Dans toutes ces observations il n'y a, en somme, aucune considération étiologique permettant de faire craindre la formation d'un abcès du poumon ou de faire prévoir si l'abcès évoluera sans vomique.

II. — *Étude clinique.*

Dans 7 cas nous voyons l'abcès succéder immédiatement à une pneumonie ou broncho-pneumonie,

ou se développer dans le cours de ces affections (obs. IV, V, VII, IX, X, XV, XVI). Dans les observations II, III, VI, les symptômes s'aggravent quelques jours après la défervescence de la pneumonie.

Rohden et Vaugh signalent un intervalle de deux mois entre la défervescence et la manifestation de l'abcès, mais ces auteurs n'indiquent pas si la guérison a paru complète.

Dans l'observation rapportée par Huber il s'agit d'un enfant de quatre ans. L'auteur ne mentionne pas l'origine pneumonique de l'abcès, mais ce semble bien être la véritable cause. La même remarque est à faire pour l'observation IV.

Bacchini signale la pneumonie antérieure à l'abcès, mais sans préciser les dates.

Dans les observations de M. Pic et de Payne la pneumonie n'est pas mentionnée dans l'observation de l'évolution pathologique, mais est reconnue par les auteurs comme la cause la plus probable de l'abcès.

Dans les cas où l'abcès succède immédiatement à une pneumonie, les symptômes de l'affection vont en s'aggravant, la pneumonie présente des signes d'hépatisation grise (obs. VII, XV), la broncho-pneumonie s'accroît (obs. IX, X); la chute de la température a été incomplète au moment de la défervescence et la courbe présente tantôt de grandes oscillations (obs. II, VIII, XIII), tantôt oscille autour de 39° sans varier ordinairement de plus d'un degré (obs. I, IX, X). Dans le cas rapporté par Lancereaux

et dans un de ceux de M. Bouveret (obs. IX) la température dépasse même rarement 38°,5.

Il y a loin de cette fièvre continue, mais relativement modérée aux grandes oscillations de la fièvre hectique que quelques auteurs donnent comme constantes dans l'abcès du poumon.

Le point de côté, la dyspnée, la toux, et surtout le mauvais état général, nous semblent avoir une importance bien plus marquée que les courbes de température. Le contraste entre l'état grave du malade et le type banal de la fièvre nous semble un signe des plus dignes d'attirer l'attention et de faire craindre un abcès pulmonaire.

Si l'on examine le malade de près on peut constater la voussure du thorax, accompagnée de diminution d'amplitude des mouvements, du côté malade (obs. XIII). Huber note, par contre, de la dépression du côté malade.

Dans 2 cas (obs. XII et XIV) l'abcès vint poindre sous la peau dans les espaces intercostaux.

L'étude de l'expectoration ne nous donne 5 fois sur 16 aucun renseignement; dans 4 cas elle a fait défaut (obs. II, IV, VII, XVI). Elle est restée pneumonique jusqu'au bout chez le malade de Woillez. Ce n'est qu'après une intervention que MM. Pic, Payne, Rohden, Bacchini et Vaugh l'ont vue devenir purulente. Cette purulence ne fut que momentanée dans les cas de Rohden et Vaugh où l'intervention fut suivie de guérison.

Nous voyons 6 fois l'expectoration se transformer spontanément et devenir purulente, sans cause

apparente, sous la seule influence du processus morbide (obs. III, V, VI, VII, IX, X).

On ne note que 5 fois la fétidité de l'haleine et de l'expectoration (obs. III, VI, IX, X, XIV).

Sur 8 observations où l'étude clinique du malade est détaillée nous remarquons que les auteurs ont trouvé 5 fois de la matité du côté où siégeait l'abcès, 4 fois cette matité délimitait exactement la lésion. Une fois elle était généralisée. Dans l'observation si intéressante de M. Pic la matité disparaissait lorsqu'on faisait coucher le malade sur le ventre.

Seul le petit malade de Huber et un de ceux de M. Bouveret ne présentaient pas de matité. Le dernier avait un emphysème pulmonaire très prononcé expliquant cette anomalie.

Le souffle est noté dans toutes les observations détaillées (obs. I, III, VII, VIII, IX, X, XV, XVI). Il est permis de croire que dans le cas de Vallette le malade l'avait présenté ainsi que dans les cas de Lejars (IV) et Galliard. Payne seul signale une obscurité totale du poumon malade.

Le souffle nous semble avoir une grande importance ; d'autant que dans la plupart des cas il possède absolument le même siège que la matité et le plus souvent ce siège fut trouvé à l'autopsie correspondre exactement aux limites de l'abcès.

Les signes donnés par la palpation n'ont pas la même constance : M. Pic signale l'exagération des vibrations thoraciques, tandis que M. Bouveret signale leur abolition.

M. Pic note encore des râles métalliques prenant

plus tard le type caverneux. Stockes note également de gros râles.

Comme on le voit les signes donnés par l'examen clinique ordinaire sont loin d'être constants, aussi a-t-on demandé un supplément de renseignements à la ponction exploratrice et à la radioscopie.

La ponction est mentionnée dans 7 des observations ci-jointes, c'est-à-dire dans presque toutes celles où les auteurs pensèrent à une pleurésie ou à un abcès du poumon. Dans les cas de Payne, Rohden, Bacchini, elle fut positive d'emblée et ramena du pus à la première tentative.

Dans 1 des cas de M. Bouveret (obs. X) au contraire plusieurs ponctions furent pratiquées sans succès bien que le malade fût porteur d'une énorme cavité pulmonaire du volume de deux poings. Ce cas est à rapprocher de celui de M. Pic dans lequel au moment de l'intervention le chirurgien tenta vainement de pénétrer dans l'abcès, soit par incision, soit par des ponctions répétées. Une ponction pratiquée longtemps après pénétra cependant manifestement dans la cavité mais sans rien ramener, celle-ci s'étant vidée.

L'observation publiée par Huber n'est pas moins instructive. Si nous la reproduisons bien que la pneumonie ne soit pas ici indiquée comme la cause certaine de l'abcès, c'est surtout en raison de la remarque dont l'auteur fait suivre l'exposé des faits.

Il y est, en effet, mentionné qu'une première ponction ayant ramené du pus, l'aiguille fut retirée, et au

moment de l'intervention il fallut pratiquer des ponctions multiples pour retrouver le foyer de suppuration.

Dans ces deux dernières observations on signale bien des adhérences pleurales, mais il y a lieu de penser que malgré le rôle favorisant de ces productions pathologiques au point de vue opératoire, rôle consistant à empêcher le déplacement et la rétraction trop considérables du poumon au moment de l'ouverture des plèvres, il a dû cependant se produire une modification dans les rapports du poumon avec la paroi thoracique.

Ces variations dans les rapports obligent le chirurgien à opérer à tâtons, pour ainsi dire, lorsque l'aiguille à ponctions a été enlevée. Si cette aiguille avait été laissée en place dans le cas de Huber et si la ponction exploratrice avait été pratiquée avant l'intervention dans le cas que nous rapportons, le chirurgien aurait eu un guide précieux pour pénétrer au sein même de l'abcès. En admettant, toutefois, que la ponction ait été positive à ce moment et que l'aiguille ait été laissée en place.

Il semble donc que la conclusion suivante s'impose. Toutes les fois qu'on soupçonne un abcès du poumon il est indispensable de faire une ponction exploratrice. Il ne faut pas craindre même d'en faire plusieurs. Si l'on ramène du pus on aura un précieux élément de diagnostic, dont la valeur sera encore augmentée si on a eu soin de noter de quelle profondeur il a fallu enfoncer l'aiguille pour pénétrer dans l'abcès. Si, après cette ponction heureuse, on laisse l'aiguille en

place jusqu'au moment de l'intervention la tâche du chirurgien sera singulièrement facilitée.

Il ne faudrait pas, cependant, conclure d'une série de ponctions infructueuses à la non formation d'un abcès. Dans une affection aussi obscure, si les renseignements positifs sont précieux les signes négatifs ont une bien moindre valeur.

Plusieurs auteurs signalent l'utilité de l'examen microscopique du pus expectoré lorsque l'abcès s'est ouvert dans les bronches.

Ne pourrait-on pas, dans le cas de ponction exploratrice ramenant du pus, faire également l'analyse microscopique du liquide retiré ?

Cette recherche n'est signalée dans aucune des observations que nous avons réunies. On pourrait, peut-être, y trouver un élément de diagnostic, en recherchant, comme dans le pus de vomique pulmonaire, la présence de débris de parenchyme du poumon.

On pourrait, peut-être, par ce moyen, posséder de précieux renseignements pour différencier l'abcès pulmonaire de la pleurésie purulente.

Il s'agit là d'une simple hypothèse, car nous n'avons pas eu l'occasion de faire des recherches sur ce point.

Toutes les fois qu'on le pourra, et lorsque l'état du malade le permettra, il sera nécessaire de pratiquer la radioscopie.

Ce moyen de diagnostic est loin de donner un signe pathognomonique de l'abcès du poumon ; témoin

le cas que nous publions ici. C'est du reste l'opinion de M. Lejars.

Tantôt l'ombre cardiaque pourra masquer la collection purulente s'il s'agit d'un abcès de la base gauche, tantôt ce sera un épanchement pleural concomitant qui contribuera à laisser dans l'ombre le foyer purulent intra-pulmonaire. D'autres fois enfin, l'interprétation des signes radioscopiques sera délicate et on pourra discuter s'il s'agit d'une pleurésie enkystée ou d'un abcès du poumon. Nous reprendrons ces questions avec plus de détails en étudiant le diagnostic de l'abcès métapneumonique.

III. — *Anatomie pathologique.*

Dans 13 observations le siège de l'abcès est mentionné : le poumon gauche est atteint 7 fois, le poumon droit 6 fois. 8 fois l'abcès siège dans le lobe inférieur, 3 fois dans le lobe supérieur et 2 fois au centre du poumon.

Le lobe inférieur gauche est le plus souvent atteint : 5 fois sur 13 ; vient ensuite le lobe supérieur droit : 4 fois sur 13 ; puis le lobe inférieur droit, 3 fois. Le centre est atteint 2 fois. Le lobe supérieur gauche n'est atteint dans aucune de nos observations.

De la lecture des comptes-rendus d'autopsie joints aux observations, il résulte que 9 fois l'abcès était unique.

7 fois les abcès sont multiples :

On en trouve plusieurs dans les observations I et

VII, 5 dans l'observation IX, Hauwkins en trouve 3. Woillez, Vaugh, Galliard en mentionnent 2.

Le volume est des plus variables : tantôt l'abcès est gros comme une noix, tantôt il atteint le volume des deux poings, et même occupe, dans le cas de Stockes, un lobe tout entier. Entre ces cas extrêmes on trouve échelonnés des abcès de toutes les dimensions.

Malgré l'absence de vomique l'abcès peut communiquer avec les bronches. D'autres fois il est complètement clos.

Le côté malade présente souvent des adhérences pleurales totales (obs. VII, X, XII, XV). Quelquefois ces adhérences sont localisées en divers points du sommet, scissure interlobaire, point où a eu lieu l'intervention.

L'autre poumon n'est gravement atteint que 3 fois (obs. III, IX, X). La plupart du temps les auteurs n'y signalent qu'un peu de congestion. Une seule fois on trouve de la tuberculose et encore siège-t-elle dans le poumon non abcédé (Lanceriaux).

Y a-t-il dans ces faits une raison expliquant l'absence de vomique? On pourrait émettre l'hypothèse d'une paralysie des bronches ou d'une cause due au siège de ces abcès, mais ceci est à l'état d'hypothèse et nous ne voyons dans l'étude que nous avons faite de ces abcès absolument aucune raison évidente à l'absence de vomique.

Plus intéressante est la forme juxta-scissuraire de l'abcès, on peut voir là une forme anatomique spéciale presque toujours confondue avec une pleurésie interlobaire.

Cette forme est rare; nous n'avons pu recueillir qu'un seul cas bien net, mais dans lequel l'abcès présentait tous les signes cliniques d'une pleurésie interlobaire.

A part ces quelques détails l'anatomie pathologique de ces formes d'abcès est absolument semblable à celle des autres abcès métapneumoniques.

IV. — *Diagnostic.*

Voyons maintenant quelles ont été les conclusions tirées de l'examen de leurs malades par les cliniciens dont nous rapportons les observations. Nous citerons ensuite l'opinion de quelques auteurs sur le diagnostic des abcès du poumon.

Si nous étudions les observations des 6 malades chez lesquels l'abcès survint dans le cours de la pneumonie, ou la suivit immédiatement sans période de répit, nous constatons que cette complication n'eut nettement reconnue qu'à l'autopsie.

Dans 4 cas cependant (obs. III, VII, X, XVI) l'abcès fut soupçonné dans le cours de la maladie.

Trois fois seulement (obs. III, XII, XIV) l'intervention eut lieu sur des abcès diagnostiqués; et encore, nous est-il permis de croire, que Bacchini ou Vaugh, en présence de ces poches fluctuantes apparaissant dans les espaces intercostaux n'ont pas reconnu d'emblée l'origine pulmonaire plutôt que pleurale de ces collections purulentes.

Il y avait, certainement, dans ces 2 cas des adhérences pleurales.

L'intervention fut pratiquée 5 fois pour pleurésie purulente; 2 fois seulement celle-ci existait réellement (obs. IV et XI) et l'abcès ouvert plusieurs jours après la pleurotomie fut une découverte inattendue dans l'un des cas (obs. XI); dans l'autre cas l'abcès fut ouvert au moment de l'intervention pour la pleurésie purulente.

Ces 2 cas sont avec ceux des observations VI et XI les seuls où l'on ait noté la coïncidence de pleurésie purulente et d'abcès du poumon, mais dans ces deux derniers il n'y eut pas d'intervention.

Trois fois l'abcès fut ouvert directement par suite de la formation d'adhérences pleurales (obs. III, VIII et XIII). Hubert et M. Lejars reconnurent à ce moment qu'il s'agissait d'un abcès, mais dans le cas de Payne la nature véritable de l'affection ne fut constatée qu'à l'autopsie.

Dans l'observation I, l'abcès reconnu pendant l'intervention ne put être ouvert, il n'y avait que de faibles adhérences pleurales puisque l'opération provoqua un pneumothorax.

En résumé, l'abcès fut soupçonné 3 fois, on le diagnostiqua fermement 2 fois seulement avant toute intervention. 2 autres fois peut-être fut-il diagnostiqué avant l'opération, mais les auteurs ne mentionnent pas ce point dans leur observation. Dans tous les autres cas l'abcès passa inaperçu à l'examen clinique ou fut confondu avec une pleurésie. A notre avis, cependant, si chacun des signes que nous avons observés ne nous paraît pas avoir une valeur absolue, il nous semble que, de l'étude générale des faits

recueillis on pourra tirer quelques éléments de diagnostic. Nous mentionnerons spécialement la constance du souffle et de la matité dans nos observations.

Certains auteurs ayant étudié cette question nous donnent d'utiles renseignements.

Greene s'appuie sur les symptômes d'hépatisation du poumon, la température hectique. Nous ferons, toutefois, remarquer que ce dernier signe fait souvent défaut. Il mentionne encore la douleur, la sensibilité à la pression, la voussure de la paroi; ce dernier signe est également inconstant.

M. Lejars distingue les abcès pulmonaires en abcès aigus et abcès chroniques; les uns succédant immédiatement à l'affection pleuro-pulmonaire et les autres survenant longtemps après.

Cet auteur reconnaît les difficultés du diagnostic surtout quand l'abcès évoluant lentement ne se révèle que longtemps après l'affection causale; mais dans le cas même où cette complication se manifeste de bonne heure les difficultés du diagnostic sont grandes. Cependant : « les rapports de succession immédiate ou très prochaine de l'abcès avec l'affection pleuro-pulmonaire causale fournissent au diagnostic un premier élément : la défervescence ne s'est pas faite ou s'est mal faite. Très vite la fièvre remonte et le thermomètre marque ces grandes oscillations ou cette courbe irrégulière qui fait soupçonner la suppuration. L'état général reste précaire et s'aggrave. Très souvent c'est à une évolution tuberculeuse aiguë que l'on pense tout d'abord.

« Mais l'examen soigneux de la poitrine dénonce du côté primitivement malade une disparition incomplète des signes physiques ; il reste une zone plus ou moins nette de submatité et de faiblesse respiratoire et tout autour des râles et de la respiration soufflante. »

Ce n'est ni de la pneumonie, ni de la pleurésie franches, et l'étrangeté même des résultats de la percussion et de l'auscultation, rapprochée de la fièvre et des accidents généraux, doit mettre en éveil.

« Qu'on lise la leçon de Trousseau sur les abcès pulmonaires et péri-pulmonaires ou celle de Dieulafoy sur la pleurésie interlobaire et on se rendra compte de toutes les difficultés d'un pareil diagnostic, mais on reconnaîtra aussi quel appoint fournit à l'interprétation clinique la continuité de l'observation de l'affection aiguë pleuro-pulmonaire. »

Le problème devient encore plus épineux lorsqu'il s'agit de suppurations latentes et longtemps méconnues, ne révélant leur présence que des années, parfois, après l'infection originelle. « Ainsi en est-il, dit M. Lejars, dans certaines formes d'abcès pneumococciques interlobaires ou pulmonaires. »

Il est alors de toute importance de rechercher dans les antécédents même fort lointains du malade une affection aiguë pleuro-pulmonaire.

« Il est d'ailleurs fréquent que depuis cette crise aiguë, plus ou moins ancienne, plus ou moins atténuée, interprétée de façon diverse et dénommée pleurésie, pneumonie, congestion pulmonaire, fluxion de poitrine, grippe ou plus simplement point

de côté, certains accidents, auxquels le patient n'a prêté souvent qu'une attention médiocre, aient persisté : expectoration abondante, quintes de toux, bouffées de chaleur le soir, et aussi diminution progressive de l'appétit, amaigrissement, pâleur et mauvaise mine. » (Lejars).

« D'ailleurs, dit encore cet auteur, le diagnostic revêt un aspect fort différent suivant que la collection suppurée est encore intacte et qu'elle est incluse dans la profondeur du parenchyme, ou que par le fait d'une vomique antérieure elle est mise en communication avec l'arbre bronchique ».

Plus loin nous lisons encore : « il est permis de discuter la fréquence des vomiques et de se demander si c'est un mode de guérison et de guérison durable ».

M. Lejars admet donc qu'un certain nombre d'abcès ne subissent pas cette évolution se terminant par vomique, évolution que certains auteurs regardent comme à peu près constante.

L'insuccès de la ponction exploratrice est loin d'être rare. Malgré les utiles renseignements tirés d'une ponction positive, on aurait tort de compter sur elle pour trancher un diagnostic. Suivant M. Lejars, elle donne des résultats positifs lorsque la poche devenue superficielle est très suffisamment révélée par les autres modes d'exploration ; ailleurs c'est un hasard heureux, et de l'éventualité contraire on ne doit rien conclure.

C'est donc, en somme, aux signes physiques, aux signes d'auscultation médicale, qu'il faut demander

les preuves de l'existence d'abord, de la localisation ensuite, du foyer purulent.

La radioscopie apporte une aide utile, mais n'acquière toute sa valeur que par sa comparaison avec les résultats de l'examen clinique et par l'interprétation raisonnée des uns et des autres.

A gauche, l'ombre du cœur peut masquer les lésions.

« Lorsqu'il y a désaccord entre l'examen clinique et l'examen aux rayons X et que ce dernier soit de résultat très net, le problème devient plus complexe et l'on fera bien de répéter à plusieurs reprises, et de faire répéter l'auscultation et la percussion. Si l'entente finalement, ne se réalise pas c'est à la clinique qu'il conviendra en général de se rattacher ». (Lejars.)

Comme on le voit le diagnostic est surtout à faire entre l'abcès du poumon et la pleurésie interlobaire ou enkystée; avec les pleurésies interlobaires surtout, ces dernières étant souvent incluses pour ainsi dire dans le parenchyme pulmonaire et séparées parfois de la cavité pleurale par une distance assez considérable.

Ce sera là, semble-t-il, une fois la présence de pus nettement établie une difficulté parfois impossible à surmonter.

La pleurésie purulente interlobaire présente une étiologie peu différente de l'abcès du poumon. Morillon dans sa thèse cite comme devant faire songer à la pleurésie interlobaire : la dilatation partielle de la

cage thoracique, l'œdème de la paroi, un réseau veineux supplémentaire, des pulsations perceptibles à la palpation. La fièvre avec frissons, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée, l'albuminurie seraient également des signes devant plutôt faire penser à la pleurésie interlobaire qu'à l'abcès pulmonaire.

D'après Frey, on n'observe pas dans le cas de pleurésie purulente la peau sèche et chaude, cette face pâle et décolorée, la teinte terreuse de l'abcès pulmonaire en pleine évolution. L'adynamie, la prostration font défaut dans l'empyème métapneumonique, même considérable.

La différenciation est également à faire avec la gangrène pulmonaire : si elle est circonscrite il y a rarement un foyer unique, et si elle est diffuse, à l'auscultation on ne peut la confondre avec un foyer aussi bien limité que le foyer pneumonique suppuré.

Dans la gangrène on note de la douleur de côté, de la dyspnée; une toux quinteuse et tenace, de la fétidité de l'haleine, une expectoration gris sale, verdâtre ou jus de pruneaux qui contient des fibres élastiques et des bouchons de Diétrich. Les fibres élastiques et les bouchons de Diétrich ne sont cependant pas pathognomoniques et on les a quelquefois trouvés dans les abcès du poumon communiquant avec les bronches.

Il est vrai que souvent la gangrène complique l'abcès du poumon et la limite de ces deux affections est presque impossible à déterminer.

Moins nets encore sont les signes différenciant la bronchectasie de l'abcès pulmonaire, mais la bron-

chectasie marche lentement, l'état du malade reste le plus souvent pendant longtemps satisfaisant. Cependant elle peut, comme la gangrène, compliquer le plus souvent l'abcès.

Le kyste hydatique est insidieux, quelquefois latent, mais le plus souvent il provoque une douleur vive, continue, localisée. Il y a de la dyspnée, mais aussi une sensation de dépression profonde se traduisant par une sorte d'assoupissement.

La toux est souvent quinteuse, parfois coqueluchoïde.

L'expectoration d'abord nulle devient muqueuse puis enfin hémoptoïque, ce qui est exceptionnel dans l'abcès pulmonaire. Dans le cas de kyste hydatique, au contraire, toujours on constate des hémoptysies. Le malade est souvent atteint d'urticaire; l'état général se maintient bon. Si le kyste est au centre du poumon l'auscultation révèle des râles fins, lointains, on ne trouve rien à la percussion.

Si le kyste est périphérique et atteint la paroi on peut avoir des signes de pleurésie avec épanchement.

Le diagnostic différentiel avec l'abcès est délicat quand le kyste n'est pas ouvert. La ponction exploratrice sera utile dans ce cas.

Dans le cas de caverne tuberculeuse pleine de pus on trouve des bacilles dans les crachats; à un moment donné on a pu observer des signes cavitaires, on trouve des signes de tuberculose à l'autre poumon.

L'abcès broncho-pneumonique a des symptômes plus obscurs encore que l'abcès pneumonique et l'on

conçoit que son expression clinique soit fort difficile à saisir dans l'évolution d'une maladie aussi capricieuse dans son allure, aussi imprévue dans ses terminaisons que la broncho-pneumonie. Dans cette variété d'abcès la vomique est extrêmement rare, et si elle existe, elle est peu abondante et fractionnée dans son débit.

Ensomme, bien souvent on ne fera pas un diagnostic absolument affirmatif, mais seulement un diagnostic de probabilité : Si l'on a affaire à un malade pneumonique ou relevant de pneumonie dont l'état général est mauvais avec amaigrissement, faiblesse, température oscillant autour de 39° ou présentant le type hectique. Si ce malade souffre d'un point de côté persistant, tenace, bien localisé, correspondant à une zone de matité limitée à laquelle vient se superposer un souffle intense, soit aigre, soit plus souvent tubaire, on pourra craindre une suppuration pleurale ou pulmonaire.

Il sera alors indiqué de faire une ou plusieurs ponctions exploratrices. Si l'on ramène du pus, la profondeur dont l'aiguille a été enfoncée, un examen radioscopique répété dans des conditions variées ainsi que l'examen du pus pourront, dans certains cas permettre d'affirmer l'abcès du poumon.

Si dans ces conditions l'on intervient et que l'on tombe sur une pleurésie purulente, ou un kyste hydatique il n'y aura pas faute, puisque, comme nous le verrons à propos du traitement, l'indication dans ces différents cas aura été d'intervenir, d'aller droit à la collection et de la traiter par un procédé identique.

V. — *Complications et pronostic.*

Le pronostic des abcès métapneumoniques est toujours très grave. La guérison spontanée par vomique est exceptionnel et incomplète s'obtenant au moyen de rétractions séreuses qui entravent le fonctionnement normal du poumon.

La mort est ordinairement la conséquence d'une pleurésie purulente, d'un pyopneumo-thorax, d'une péricardite purulente, d'un abcès du cerveau dûs à la propagation, à la migration de l'abcès pulmonaire ou à l'infection généralisée qui s'ensuit.

Cette complication, signalée il y a une vingtaine d'années, à une telle importance qu'il n'est pas inutile de rappeler les auteurs qui ont élucidé cette question : Perlis, en 1887, dans sa thèse sur la pyohémie consécutive à la pneumonie franche terminée par abcès cite quatre cas dont deux de Jaccoud et deux personnels.

Grisolle la mentionne déjà, mais la considère comme étant sans liaison manifeste avec la pneumonie.

La guérison spontanée sans vomique si rare soit-elle pourrait se faire d'après Mosny par enkystement du pus et calcification des parois de l'abcès.

Depuis que l'on intervient hâtivement sur l'abcès pulmonaire, la guérison de cette affection s'observe avec une fréquence relativement plus grande et d'après M. Lejars les insuccès opératoires seraient dûs, le plus souvent, à des interventions trop tardives.

CHAPITRE V

Traitement

L'état des malades ayant tendance à s'aggraver rapidement il est indiqué d'intervenir dès que l'on aura reconnu la présence de suppuration pulmonaire collectée, à moins que la radioscopie ne révèle la multiplicité des abcès. Le pronostic des abcès pulmonaires se vidant par vomique est grave si l'on n'intervient pas. Le danger est encore plus grand lorsque les abcès restent sans communication avec l'extérieur ou lorsque cette communication est insuffisante.

Tous les abcès dont nous rapportons ici les observations et pour lesquels il n'y a pas eu intervention se sont terminés par la mort.

Sur 16 malades 3 seulement ont guéri et dans ces 3 cas heureux il y a eu intervention chirurgicale.

Au nombre de ceux qui ont succombé s'en trouvent 5 qui avaient subi une opération. Cela fait, en somme 3 guérisons seulement sur 8 interventions,

la proportion n'est pas très grande, mais suffit cependant pour légitimer et même indiquer formellement une opération puisque dans tous les cas où l'on s'est abstenu l'issue a été fatale.

Telle est également l'opinion de M. Lejars dans son intéressant article paru dans la *Semaine Médicale* de 1905 sur le traitement chirurgical précoce des collections endo-pulmonaires, article auquel nous avons fait de nombreux emprunts pour ce chapitre de la thérapeutique des abcès du poumon. « Si les chiffres, dit-il, témoignent en faveur de l'acte opératoire, ils ne sauraient donner une vue d'ensemble de la question telle qu'elle se présente en pratique courante ; on ne peut douter qu'un nombre relativement élevé de faits opératoires échappe à la publication ; j'entends des faits opératoires malheureux rapidement mortels.

« Aussi conviendra-t-on de la mortalité considérable des abcès endo-pulmonaires et aussi de la médiocre proportion des guérisons complètes et durables.

« De multiples obstacles s'opposent à l'intervention précoce :

« 1° Les incertitudes et les difficultés du diagnostic médical précis et localisateur ;

« 2° L'idée de la vomique curatrice qui tarde plus ou moins et qu'on attend ;

« 3° Les imperfections de la technique chirurgicale qui mieux réglée, sans doute, garde encore quelque renom d'intervention hasardeuse et porte la peine

des tentatives désespérées qui lui sont imposées trop souvent ».

Dans les cas que nous rapportons le traitement a consisté trois fois en une simple incision des adhérences pleurales ayant permis de pénétrer directement de l'extérieur dans le poumon.

Quatre fois le chirurgien réséqua une ou plusieurs côtes.

Dans une observation enfin le procédé opératoire n'est pas mentionné.

Dans les 3 cas d'intervention heureuse une fistule persista pendant un temps assez long ; dix mois dans le cas de Huber.

M. Lejars montre, à propos de l'intervention, combien dans ces cas difficiles la collaboration du médecin et du chirurgien est précieuse : « C'est là, s'il en fut une de ces questions frontières qui ne sauraient progresser que par l'action combinée du médecin et du chirurgien ; c'est de plus et toujours une question à l'étude... Livrée à elle-même l'exploration médicale tarde souvent à arrêter ses conclusions ; il semble qu'il faille doubler les preuves pour se décider enfin à admettre l'éventualité d'un dénoûment opératoire ».

Il est vrai, toutefois, que le diagnostic présente de réelles difficultés, difficultés qui sont sans doute la cause principale de retards meurtriers « et il ne saurait venir à l'idée de personne d'en faire porter au médecin consciencieux la responsabilité ; si on pouvait voir et sentir l'abcès du poumon on le ferait inciser de bonne heure comme tout autre abcès ».

Mais il y a une autre cause encore aux attermolements parfois excessifs, il faut le dire : c'est précisément cette notion, toujours classique, en réalité, et partout répandue, d'une certaine évolution propre aux collections endo-pulmonaires et aboutissant à la cure spontanée par vomique ; « j'aurais bien mauvaise grâce à élever les moindres doutes sur cette vomique curatrice, alors que les plus grands médecins l'admettent et en citent des exemples ; mais il est permis de penser d'en discuter la fréquence et de se demander si réellement l'élimination bronchique est un mode de guérison et de guérison durable. »

« Vaut-elle qu'on l'attente, cette vomique, qu'on l'attente longtemps ? On fixe, en général, à 3 ou 4 semaines cette durée de l'expectation. Au bout de ce temps si les accidents généraux se poursuivent ou s'aggravent il conviendrait de songer au recours chirurgical. Je dis songer, car en pratique il arrive souvent que le stade d'observation se prolonge. Or, sans vouloir recommander le moins du monde une précipitation mal raisonnée, et qui, d'ailleurs, se trouverait souvent paralysée par l'insuffisance des signes de localisation, il convient de rappeler qu'une mesure uniforme et d'avance précisée n'est guère applicable à la diversité des modalités cliniques et des variétés d'infection. » (M. Lejars.)

Qu'on ne se presse pas trop en présence d'une collection de contours encore un peu indécis, d'une fièvre modérée, d'un état général qui « se maintient » cela va de soi ; en serait-il de même lorsque les signes de septicité sont d'emblée des plus accusés et

vont en s'aggravant très vite ? Malheureusement oui, il en est assez souvent de même. L'observation III en est un exemple.

Les indications formulées par M. Karewski nous semblent fort sages :

Nous n'avons pas le droit, écrit-il, d'espérer une cure spontanée, et nous ne pouvons en conséquence nous en tenir à l'expectative que dans les cas suivants :

1° Chez les jeunes sujets ;

2° Lors de petits foyers du sommet ;

3° Dans certains abcès plus volumineux de la base, mais alors seulement qu'il s'agit de faits récents.

Et ces données n'ont rien d'absolu : dès que l'ouverture spontanée tarde un peu, ou qu'elle est suivie d'une évacuation incomplète, d'une atténuation insuffisante des accidents l'action directe s'impose à quelque période que ce soit.

C'est qu'à attendre la vomique « providentielle », on court risque, non seulement d'une aggravation considérable de l'infection générale, mais d'une rupture de la collection suppurée dans la plèvre, ce qui est loin, cette fois, d'être un mode de guérison spontanée.

Or il est bien malaisé de préciser exactement la profondeur à laquelle se trouve la poche purulente et de prévoir qui des deux cédera de la paroi bronchique ou de la paroi pleurale.

Et l'inondation pleurale devient pour le pronostic un élément de singulière aggravation. Témoin l'observation IV.

« N'est-il pas rationnel de penser, et permis d'écrire

que la présence de ce foyer, volumineux, en somme, et superficiel eût été reconnue sans trop de peine par une exploration suffisante avant la perforation intra pleurale, et que l'opération pratiquée à ce moment eût présenté de grandes chances de succès ?

En résumé on gagne rarement à attendre, et l'on perd très souvent, et la perte est toujours plus importante que le gain. »

Dans un certain nombre de cas la collection pour être intra-pulmonaire n'en est pas moins aussi simple à ouvrir qu'une pleurésie de la grande cavité ; la poche est étendue, adhérente, de siège nettement déterminé, il s'agit de réséquer une côte, de faire une incision jusqu'au pus, et c'est tout.

Sans doute l'intervention demande d'être conduite avec certaines précautions particulières ; la question de l'anesthésie est toujours fort délicate ; au moment de l'ouverture de la collection le pus et le sang font irruption dans les bronches et souvent sont expulsés par le nez et la bouche : « J'ai vu succomber un malade d'ailleurs opéré *en désespoir de cause*, lui aussi, dans ces conditions et par ce mode d'asphyxie ; la position assise ou presque assise est donc toujours à recommander en pareille occurrence ». (M. Lejars).

Quoiqu'il en soit les pneumotomies simples qui se résument en une incision au point marqué ne sont pas rares. Les adhérences, en effet, ont jalonné et localisé la place dans la majeure partie des cas.

Or leur importance pratique est capitale, même si la détermination topographique préliminaire a péché

par quelque endroit, pourvu que l'écart ne soit pas trop grand et qu'on puisse au doigt découvrir la zone adhérente tout est pour le mieux, et c'est de ce côté que tout de suite les recherches seront poursuivies.

Eisendrath note 24 fois la présence d'adhérences pleurales et par suite la pneumotonie simple sans résection costale sur 25 cas d'abcès aigus simples post-pneumoniques qu'il a réunis.

Cet auteur considère, du reste, l'abcès du poumon comme fréquent.

Etudiant les abcès consécutifs à toutes les variétés de pneumonie et opérés, il constate qu'ils figurent au nombre de quatre-vingt-treize, mais ne fait pas mention spéciale des abcès non terminés par vomique.

« Les difficultés se montrent :

« a) Lorsque il n'y a pas d'adhérences ;

« b) Lorsque la localisation étant imprécise il faut chercher le foyer au moins dans un certain rayon. C'est là une éventualité assez rare lors d'abcès.

« Or, même dans ces conditions de simplicité moindre, nous possédons aujourd'hui deux procédés techniques qui, bien appliqués, nous permettent, en général, de venir à bout de l'obstacle.

« Je veux parler : 1° de la possibilité d'explorer le poumon au doigt sur une zone assez étendue sans créer de pneumo thorax grâce à la manœuvre d'extériorisation immédiate.

« 2° De la possibilité de pénétrer dans le tissu pulmonaire, d'y forer une galerie, un tunnel et avec

les précautions suffisantes d'aller ouvrir sans dommage un foyer profond.

« L'expérience des dix dernières années a mis ces deux faits en lumière.

« Le pneumo thorax a cessé d'être un épouvantail, on pourrait presque dire que moins on le craint mieux on l'évite ; en d'autres termes, si l'on saisit et amarre franchement le poumon dès l'ouverture de la plèvre, si l'on sait l'attirer suffisamment au dehors et le faire servir de tampon dans la plaie on réduit à un minimum inoffensif l'entrée de l'air et l'on peut, dès lors, commencer et poursuivre l'exploration. En incisant au thermocautère la coque pulmonaire, puis en continuant à progresser doucement, lentement un doigt dans la trame du parenchyme, on réussit à se faire une voie sans hémorrhagie notable jusqu'à une collection encore profondément incluse ».

Même à l'heure actuelle, avant que les techniques si ingénieuses de « l'hypopression de M. Sauerbrück ou du dispositif inverse de M. Brauer soient sanctionnées par de nombreuses expériences et généralisées, nous sommes en état avec nos moyens un peu grossiers encore, de mener à bien pourtant l'incision précoce des collections intra-pulmonaires ; et l'intervention chirurgicale ne doit plus passer pour une pratique téméraire et mal réglée, pour un pis aller, un ultime recours auquel on se résout enfin lorsqu'il n'y a plus rien à perdre ni à gagner, mais être considérée comme le seul traitement curateur, dans la grande majorité des cas, et dont médecin et chirurgien doivent s'efforcer, de concert, de hâter

l'heure. A vulgariser ces idées, à rendre plus générale leur application on sauverait beaucoup de malades ». (Lejars).

En résumé le clinicien utilisera tous les moyens d'investigation dont il peut disposer. Il ne faudra surtout pas craindre de pratiquer des ponctions exploratrices répétées en variant les points d'introduction de l'aiguille et la profondeur de pénétration. Dès qu'une ponction aura ramené du pus on aura soin de laisser le trocart en place et le chirurgien se guidera sur lui pour opérer.

Si même les ponctions sont infructueuses il ne faudra pas craindre d'intervenir rapidement, de pénétrer profondément dans le tissu pulmonaire, et d'inciser la collection à sa partie inférieure, autant que faire se pourra, afin de faciliter le drainage de l'abcès.

Ces notions nous sont dictées par le cas que nous publions et dans lequel on constata à l'autopsie que l'incision de l'abcès avait porté trop haut, pénétrant selon toute apparence, dans le foyer purulent, mais ne permettant pas le drainage.

CONCLUSIONS

1° La vomique peut manquer dans la symptomatologie des abcès pulmonaires, soit quand la mort survient peu de temps après l'apparition de la collection purulente, soit même quand celle-ci présente une durée prolongée. Ce fait nous semble plus fréquent (25 p. 100 environ) que ne le disent les classiques ;

2° Dans ces cas les symptômes sont ceux des abcès du poumon ordinaires. Ils sont cependant très variables et nous n'avons trouvé, comme constants, que le souffle, la matité et la fièvre ;

3° Le diagnostic en est toujours extrêmement difficile. Les ponctions exploratrices répétées peuvent être négatives ; la radioscopie même peut donner le change avec une pleurésie interlobaire ou enkystée.

4° Dans des cas rares les abcès pulmonaires peuvent avoir un siège voisin de la scissure interlobaire. C'est la forme juxta-scissuraire ;

5° Dès l'hypothèse d'un abcès du poumon posée, il ne faut pas attendre la vomique, mais au contraire pratiquer sans tarder une pleurotomie, de préférence après ponctions préalables, le trocart servant de guide si la ponction a été positive.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

H. SOULIER.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 15 avril 1907.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Baglivi. — De praxi medica... etc. Lugd., 1696.
- Van Swieten. — Traité de péripneumonie, trad. Paul. Paris, 1761.
- Pouteau. — Œuvres posthumes. Paris, 1783.
- Laënnec. — Traité de l'auscultation médicale, 1826.
- J. F. Franck. — Trad. Goudareau. Paris, 1842.
- Grisolle. — Traité de la pneumonie, 1864.
- Woilliez. — Des abcès du poumon dans la pneumonie. *Gazette des Hôpitaux*, 1868.
- Servain. — Thèse de Paris, 1869.
- Warrig Currau. — *The Lancet*, 1872.
- Leyden. — *Berliner klin. Wochens*, 1877.
- Payne. — *The Lancet*, 1882.
- Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1882.
- Dictionnaire Jaccoud, 1880.
- Bacchini. — *Centralblatt für Chir.*, 1883.
- Rohden. — *Deutsche med. Woch.*, 1884.
- Wagh. — *Brit. med. Journ.*, 1884.
- Lydias. — *Rev. veneta di sc. med.* Venezia, 1884.
- Wells (E. T.). — *Journ. of amer med. ass.*, 1885.
- See. — Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon. Paris, 1885.
- Jaccoud. — Cliniques de la Pitié, 1885-1886.
- Dictionnaire Dechambre.
- Truc. — Thèse de Lyon, 1885.
- Perlis. — Thèse de Paris, 1887.

- Patella. — *Ann. univ. de med. e chir.* Milan, 1886 et *Riv. gen. ital. di clin. med.* Pise, 1891.
- Spillmann et Haushalter. — *Revue de médecine*, 1888.
- Fischl. — *Zeit. f. Heilkunde*, 1888.
- Bouveret. — *Lyon médical*, 1889.
- Frey. — Thèse de Paris, 1891.
- Huber. — *Medical News*, Philadelphia, 1891.
- Delagenière (du Mans). — *Arch. prov. de chirurgie*, 1894.
- Kaufmann. — *Birmingh med. Revue*, 1894.
- Dupré. — In *Manuel de Médecine*, Debove et Achard, art. « abcès du poumon », 1893.
- Morillon. — Thèse de Paris. 1897.
- Souligoux. — In *Traité de Chir.* Le-Dentu et Delbet., 1898.
- Galliard. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1899.
- Mosny. — In *Traité de Médecine*, Brouardel et Gilbert, 1900.
- Netter. — In *Traité de Médecine*, Charcot, Bouchard et Brissaud, 1901.
- Eisendrath. — *Philadelphia med. journ.*, 1901.
- Karewski. — *Munch. Med. Wochens*, 1903.
- Frænckel. — *Ver für innere med. in Berl.*, 1903.
- Vallette. — *Marseille médical*, 1904.
- Lejars. — *Semaine médicale*, 1905.
- Hawkins. — *Société clin. de Londres*, 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	7
CHAPITRE II. — Symptômes et évolution des abcès métapneumoniques	13
CHAPITRE III. — Observations	17
CHAPITRE IV. — Etude clinique des abcès terminés sans vomiques.	47
CHAPITRE V. — Traitement.	67
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE.	79

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}

8, Rue de la Méditerranée, 8
